

# 国民健康保険資格異動（取得・喪失）届

板橋区 宛

年 月 日

国民健康保険法第9条の規定に基づき届出します。

世帯主	住所	板橋区				電話		
	氏名							
届出人	住所	同一世帯以外の方が届出される場合にご記入ください					電話	□委任状添付
	氏名	世帯主に届出の了承を得ています ※世帯主の方は省略可				(世帯主との続柄)		

氏名 (国民健康保険の手続きを必要とする方全員)	世帯主との続柄	性別	生年月日	職業 (喪失届時は不要)
1 (フリガナ) 個人番号		男・女	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日	
2 (フリガナ) 個人番号		男・女	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日	
3 (フリガナ) 個人番号		男・女	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日	
4 (フリガナ) 個人番号		男・女	昭和 平成 令和 西暦 年 月 日	

<b>承諾確認欄</b>	<input type="checkbox"/> 資格取得年月日まで保険料が遡ることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 世帯主様宛に被保険者証・納入通知書・納付書等が送付されることを承諾します。	資格確認書 発行希望	有・無
--------------	---	---------------	-----

他健康保険 資格取得・ 喪失状況	保険者名	健康保険 国保組合	資格取得日	令和 年 月 日
	記号・番号		資格喪失日	令和 年 月 日
	被保険者氏名		勤務先等の名称 所在地、連絡先	
□別紙証明書添付		該当者	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	

職 員 記 入 欄	資格取得日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
	全部・一部 社保 組合 生保 擬主 外国人 出生 転入 転居 世帯 世帯 遊及 月中 月中 その他	全部・一部 社保 組合 生保 擬主 出国 死亡 転出 転居 世帯 世帯 職権 後期 その他		

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 世帯員の国保証	<input type="checkbox"/> 各種医療受給者証 <input type="checkbox"/> 公共料金領収書 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他	乳	子	即時賦課	有( )・無
発行区分	証 交付・郵送・回収・未回収・未発行・未入力	発行区分	高	交付・郵送・回収・未回収	即時賦課	有( )・無
備考	<input type="checkbox"/> 不当レセプト有・無 / 本人申出有・無 <input type="checkbox"/> 任意継続確認済 <input type="checkbox"/> 非自発 <input type="checkbox"/> 口座勧奨 <input type="checkbox"/> 喪失案内 <input type="checkbox"/> ジェネリック <input type="checkbox"/> マイナンバー初回登録		高	年	受付者	受付印

備考	<input type="checkbox"/> 不当レセプト有・無 / 本人申出有・無 <input type="checkbox"/> 任意継続確認済 <input type="checkbox"/> 非自発 <input type="checkbox"/> 口座勧奨 <input type="checkbox"/> 喪失案内 <input type="checkbox"/> ジェネリック <input type="checkbox"/> マイナンバー初回登録	受付者	
		記号番号	-

偽りの届け出をすると、条例に基づき過料が課せられます。